

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE
LÍGIA LOPES RIBEIRO**

**A VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE TESTAGEM
E ACONSELHAMENTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE
NO ESTADO DO PARANÁ.**

**CURITIBA
2013**

LÍGIA LOPES RIBEIRO

**A VIABILIDADE DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE TESTAGEM
E ACONSELHAMENTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE
NO ESTADO DO PARANÁ.**

Trabalho apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde – área de concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Msc. Carmen Elizabeth Kalinowski

**CURITIBA
2013**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	08
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	09
1.3 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO.....	09
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPIRICA.....	12
2.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA AIDS E O CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.....	12
2.2 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES RELATIVAS AO COMBATE A AIDS.....	13
2.3 NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO.....	16
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	18
3.2 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA.....	18
3.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	21
3.3.1 Tabela 01: Frequência dos Casos de Aids Identificados entre os Períodos de 01/01/2004 a 30/06/2013, Segundo Território.....	22
4 PROPOSTA.....	24
4.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	24
4.2 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	24
4.2.1 Recursos Humanos.....	24
4.2.2 Recursos Financeiros.....	25
4.2.3 Recursos Materiais.....	25
4.2.4 Instalações.....	25
4.3 RESULTADOS ESPERADOS.....	25
4.4 RISCOS OU PROBLEMAS POSSÍVEIS E SUAS MEDIDAS PREVENTIVO- CORRETIVAS.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6 REFERÊNCIAS.....	31
7 ANEXO A: TABELA 02: RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA O INCENTIVO FINANCEIRO FEDERAL E SEUS RESPECTIVOS VALORES DE REFERÊNCIA.....	33

8 APÊNDICE A:	TABELA 03: CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO PARANÁ
	SEGUNDO MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE MO PERÍODO DE 2000
– 2011.....	35

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e acima de tudo a **DEUS**, por ter me proporcionado a vida e juntamente com Ela o dom da aprendizagem. Ao meu esposo **Áttila Augusto** pelo apoio e compreensão em minhas ausências. A minha preciosa e amada filha **Júlia** que com seu olhar cativante e apaixonado me fortalece a cada dia. A todos os **Técnicos da UFPR** que direta ou indiretamente trabalharam na manutenção da plataforma Moodle para que pudéssemos realizar nossas atividades acadêmicas. A todos os **Professores e Colaboradores** do curso que nos proporcionaram mais conhecimento. E em especial a minha tutora presencial **Paloma Sodré Cardoso**, pela dedicação, profissionalismo e carinho que sempre demonstrou no decorrer desta especialização.

MUITO OBRIGADA A TODOS.

RESUMO

A pandemia da aids é sem dúvida um dos mais graves problemas enfrentados pela saúde pública nos dias atuais. O aumento da morbimortalidade por causas relacionadas ao vírus do HIV indica a precariedade dos serviços de atenção primária à saúde. Esta proposta visou à reorientação da atenção básica no município de Campo Magro - Paraná, através da ampliação do acesso aos serviços de saúde no que tange a prevenção da aids, com vistas a redução e/ou estagnação do vírus no município. Para o alcance da mesma foi objetivado a criação de um serviço de saúde específico que ofereça testes sorológicos para o diagnóstico precoce do vírus HIV, uma vez que se percebe que muitas pessoas soropositivas chegam aos serviços de atenção secundária a saúde tardiamente e em estágios avançados da doença por desconhecerem precocemente sua condição sorológica. Foram realizadas buscas através de diferentes sistemas de informações para o conhecimento da morbidade da doença no município, além de procurar conhecer a capacidade gerencial e estrutural da secretaria municipal de saúde para a instalação de um centro de testagem e aconselhamento. Identificaram-se falhas durante a análise dos dados, que sugerem a necessidade de maior aprimoramento no processo de notificação do HIV/Aids visto que esta pandemia ainda está muito longe de ser erradicada .

Palavras-chaves: Centro de Testagem e Aconselhamento, Aids, HIV.

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

COAS: Centro De Orientação E Apoio Sorológico

CTA: Centro De Testagem E Aconselhamento

HIV: Human Immunodeficiency Virus

MS: Ministério Da Saúde

PN-DST/Aids HV: Programa Nacional De Doenças Sexualmente Transmissíveis,
Aids E Hepatites Virais

SIM: Sistema De Informação Sobre Mortalidade

SINAN: Sistema De Informações De Agravos De Notificação

SISCEL: Sistema De Controle De Exames Laboratoriais

SMS: Secretaria Municipal De Saúde

SUS: Sistema Único De Saúde

SVS: Secretaria De Vigilância Em Saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

A **aids** é sem dúvidas uma das maiores doenças emergenciais em saúde pública dos últimos tempos. É impossível negar que a ela deve estar no topo das prioridades sanitárias e das políticas públicas em saúde tanto no Brasil, como no mundo. Esta grande pandemia e, ainda descontrolada, afeta não somente o sistema imunológico do homem, mas grande parte de seu cotidiano, uma vez que afeta sua estabilidade emocional, sua autoimagem perante si e perante a comunidade, sua condição de cidadão, já que, ainda hoje, mais de 30 anos de descobrimento da aids, a exclusão social e o preconceito estão fortemente presentes e mascarados na sociedade. (Brasil, 2008).

O vírus do HIV vitimou muitas famílias nos últimos tempos, principalmente pelo fato de muitas pessoas soropositivas buscarem tardiamente ajuda assistencial por desconhecerem sua condição sorológica (Brasil, 2008). Com vistas à redução desta busca tardia faz-se necessário a ampliação do acesso aos meios de diagnóstico precoce do vírus. Who/Unaid, 2001 citado por (BRASIL, 2008, pg. 20) aponta que:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids (UNAIDS) têm definido que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV garante o direito dos indivíduos de ter acesso ao tratamento e permite aprimorar as ações de prevenção e da profilaxia da transmissão vertical do HIV.

A atenção básica em Campo Magro/PR apesar da boa vontade de grande parte de seus servidores, ainda não consegue ser completamente resolutive. Principalmente por ser um município de pequeno porte e dependente em partes de serviços prestados na capital, assim como outros da região.

Diante desta realidade, este trabalho propõe a melhoria da promoção em saúde no que tange ao diagnóstico precoce, acompanhamento, encaminhamento dos infectados pelo vírus HIV para serviços de atenção especializada e ampliação das medidas preventivas no município através da criação de um Centro de Testagem e Aconselhamento. Este serviço visa à ampliação do acesso a exames

para detecção precoce do vírus HIV, além de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; O acompanhamento e tratamento das patologias; Um serviço de saúde capacitado e especializado para atendimento a demanda espontânea que desejam e necessitam deste tipo de atendimento; Assistência diferencial, com um acolhimento ativo e atendimento mais humanizado; Realização de um trabalho intra e extramuros sendo individual ou coletivo com o intuito de romper cadeia de transmissão viral do HIV; Além de colaborar para o contínuo processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da gestão pública, subsidiando informações que possam auxiliar na tomada de decisão e na melhoria efetiva da qualidade de vida dos cidadãos campomagrenses.

Como objetivo geral deste trabalho, proponho apresentar um projeto de incentivo a criação de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o Município de Campo Magro no estado do Paraná.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Implantação de um Centro de Testagem e Aconselhamento no município de Campo Magro- PR.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

A pandemia do HIV/Aids atualmente é uma realidade inegável. Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, da implantação de terapias retrovirais eficientes e das implantações de políticas públicas de prevenção, ainda hoje muitas pessoas se infectam, adoecem e até morrem devido a complicações causadas por esta doença que ainda está muito longe de ser erradicada. (BRASIL, 2008).

No Brasil o primeiro caso de HIV/AIDS ocorreu no estado de São Paulo por volta de 1980, mas só foi reconhecido como tal no ano de 1982 (BRASIL, 2006a). Pouco mais de 30 anos estima-se que há aproximadamente 630.000 (seiscentos e trinta mil) pessoas entre 15 e 49 anos de idade, vivendo com o vírus/doença hoje e destes 40.5% não tem ciência de seu estado. (BRASIL, 2012b).

No estado do Paraná foram registrados nos últimos 10 anos 18.356 mil casos de **aids** notificados através dos **SINAM, SIM e SISCEL**. Foram constatados também através destes sistemas de informações que no período de 2000 até 2011, nos municípios pertencentes a **2ª Regional de Saúde de Curitiba (2ªRS)** 92% das notificações foram realizadas por municípios que recebem incentivo financeiro no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST (PN-DST/Aids/DST) e citados na Portaria Ministerial Nº 2.190/2005. Os restantes 8% dos casos de HIV notificados foram realizados por municípios não citados na referida portaria, aos quais equivalem a 76% do total dos municípios da 2ª RS de Curitiba. Fato este que demonstra a grande disparidade de notificações realizadas entre os municípios aderentes e os não aderentes ao PN-DST/Aids/HV e comprova quantitativamente o quanto o repasse do Ministério da Saúde (MS) tem um diferencial na qualidade dos serviços prestados, uma vez melhora o acesso aos serviços, aumentando o conhecimento da morbidade do HIV, dando a oportunidade destes usuários receberem uma assistência a saúde mais prematura e concomitantemente fazendo com que o serviço de saúde possa trabalhar mais precocemente na prevenção da transmissão da doença em seus contatos e população em geral.

Faz-se valer a pena salientar a importância desta adesão, com vistas à concretização de um serviço de CTA com a finalidade de aumentar a qualidade da assistência prestada, tanto no que diz respeito à prevenção, educação em saúde, diagnóstico, acompanhamento, quanto à morbidade da doença, uma vez que se percebe que os 07 (sete) municípios da 2ª RS do Paraná com incentivo financeiro federal para este fim específico, notificaram juntos quase 13 vezes a mais do que os 22 (vinte e dois) demais. (APÊNDICE A).

Num estudo encomendado pelo Programa Nacional de DST e **Aids** descrito em Brasil (2008), aponta que a incidência de casos de **aids** nos municípios com serviços de CTA implantados é 1,4 vezes maiores do que naqueles que não dispõem deste centro de atendimento. Outro estudo importante identificado em Brasil (2006a), mostra que a região sul do país está entre aquelas que apresentaram as mais elevadas taxas de crescimento da epidemia, as mais baixas taxas de coberturas em relação ao atendimento especializado à aids e a maior proporção de pessoas que nunca realizaram o diagnóstico para HIV.

De acordo Brasil (2012), apesar desta epidemia ser predominantemente mais visível nos grandes centros urbanos, ela está, a cada dia mais, ser disseminando em direção aos municípios de pequeno e médio porte.

A concretização de um serviço de CTA no município de Campo Magro visa proporcionar a população campomagrense acesso a este tipo de serviço sem que os mesmos tenham que se deslocar até a capital ou a outra cidade da região metropolitana que disponha desta estrutura, com vistas a detecção precoce da infecção viral, implementação de ações efetivas de promoção a saúde e garantia de tratamento e acompanhamento dos portadores do vírus e seus contatos.

Nesses mais de 30 anos de epidemia da **aids** fica evidenciado que os desafios hoje enfrentados quando a necessidade urgente de redução da infecção e promoção da saúde dos já infectados, é obter um maior planejamento e organização quanto as questões políticas-administrativas-institucionais, articulação Intersetorial e interprofissional, como também maior envolvimento da sociedade civil como um todo. Fatos estes que buscam ser resolvidos com a implantação de novos serviço de CTA segundo a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1999b).

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA AIDS E O CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

A Aids é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ele infecta principalmente as células linfócitos T CD4+ causando um grande déficit no sistema imunológico humano e é transmitido a qualquer tempo via sanguínea, sexual e/ou vertical. (BRASIL, 2006a).

Foi no início dos anos 80 que a população mundial escutou pela primeira vez a denominação AIDS, também conhecida como SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). No entanto, naquela época, não se poderia imaginar a expansão tamanha que se daria esta nova doença, pois se acreditava pertencer exclusivamente a determinado grupo da classe social: os homossexuais. Com o passar dos tempos, através de estudos epidemiológicos, constatou-se que era o comportamento das pessoas em geral que se configurava no aumento da transmissão do vírus, porém, ainda assim, o número de infectados se expandiu tanto, que a Aids tornou-se uma pandemia e, hoje caracteriza-se como uma das principais doenças emergenciais em saúde pública (BRASIL, 2008).

Com o intuito de controlar a epidemia e interromper a cadeia de transmissão do vírus HIV, foi que surgiu a necessidade de implantação de novas políticas públicas de saúde e implementação de serviços de saúde capacitados para o enfrentamento da **aids**, sendo o estado de São Paulo em 1983 o pioneiro na iniciativa da criação de um programa de combate a Aids. Em 1985, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 236 aprova as diretrizes para o programa de combate a aids e atribui a coordenação do mesmo à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (Brasil, 2008).

No mesmo ano de concretização da Constituição Federal vigente, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, surgiram os primeiros Centros de Orientações e Apoio Sorológicos (COAS), primeiramente no estado do Rio Grande do Sul (RS) seguido do estado de São Paulo (SP). O COAS surgiu com o objetivo de desviar a demanda por testes sorológicos nos hemocentros, como também de capacitar os profissionais de saúde, realizar exames sorológicos

gratuitos, confidenciais e anônimos, prestar apoio psicológico aos já soropositivos, atuar na prevenção da discriminação e exclusão social dos usuários que buscavam a realização do teste e atuar no aconselhamento e educação para usuários sob o risco de contrair HIV (BRASIL, 2008).

O COAS firmou – se inicialmente como uma assistência **primária** alternativa aos usuários do SUS, na qual oferecia gratuitamente a sorologia para o teste de HIV de forma confidencial, sigilosa e anônima. Contudo devido ao aumento indiscriminado da epidemia e do preconceito em relação aos doentes de Aids foi que em 1997 o COAS embasado no amadurecendo seus de objetivos passou a ser denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para que se pudesse expressar de forma mais clara a finalidade deste serviço. Também embasou esta mudança o surgimento de novos acontecimentos como o surgimento de novas drogas antirretrovirais, a possibilidade de prevenção da transmissão vertical do vírus, o aumento da morbidade de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a descentralização da política pública de saúde. A partir desta época a realização do diagnóstico precoce do HIV passou a ser prioridade ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Ainda nos anos 90, estudos demonstravam a eficácia do tratamento profilático na prevenção da transmissão vertical, fato que fez o MS estabelecer a profilaxia em gestantes a partir da 14ª semana de gestação identificadas com algum risco para a aids. Esta norma vigorou até 1997 na qual foi alterada para oferecer sorologia para o HIV a todas as gestantes. (BRASIL, 2008).

Com o passar dos tempos e as mudanças significativas no perfil de usuários soropositivos para HIV, houve a necessidade de universalizar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção, fato este que alterou novamente as diretrizes nacionais fazendo com que o MS tivesse o desafio de oferecer sorologia a toda população brasileira. Neste cenário, segundo Brasil, **2008 pg. 23** “o papel dos CTA passou a incorporar duas novas dimensões: subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV e garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis.”

2.2 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES RELATIVAS AO COMBATE A AIDS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá através do orçamento da seguridade social da União, Estados, Distrito Federal e Municípios como também de outras fontes descritas nos artigos 155, 157, 158, 159 da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e através de lei complementar, na qual segundo a referida constituição em seu art. 198 discorre,

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Para o combate à epidemia da **aids** no território brasileiro, surgiu a Portaria Ministerial nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002, na qual regula o incentivo financeiro para as ações de intervenção no combate ao vírus HIV. Segundo a referida portaria isto se fez necessário devido à complexidade das ações a ser constantemente desenvolvidas e ofertadas a população com vistas a promoção da saúde, prevenção do acometimento da doença, da recuperação e tratamento da saúde aos portadores do vírus HIV e do desenvolvimento da instituição de saúde nas três esferas de governo, a fim de certificar a qualidade continua da assistência prestada.

Em relação aos critérios de repasse financeiro especificamente aos municípios, este serão garantidos mediante repasse automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) em contas abertas para este fim específico pelo FNS. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) a fiscalização da movimentação e alocação dos recursos, sem prejuízo da fiscalização dos demais órgãos conforme art. 3º do Decreto Presidencial nº 1.232/94 no qual aponta que:

Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

As normas relativas ao incentivo municipal no âmbito do Programa Nacional de DST e Aids conforme **portaria 2.313/02 ficou** ao comando do Ministério da Saúde através da Secretaria de Políticas de Saúde estabelecer os critérios de seleção inclusiva, que são conforme anexo 1:

- A magnitude da epidemia – a partir do estudo de indicadores epidemiológicos desenvolvido pela CN-DST/Aids/SPS/MS, foram considerados o número de casos de Aids registrados no período de 1988 a 2000 e o comportamento da epidemia no período mais recente de 1991 a 1998, no tocante à velocidade de crescimento da epidemia e da incidência acumulada. A partir desses indicadores, elaboraram-se estudos estatísticos que possibilitaram a definição de um conjunto de municípios onde a epidemia apresenta magnitude importante;
- Participação nos Acordos Aids I e II – os 26 estados o Distrito Federal e os 150 municípios (Órgãos Gestores do Programa - OGP) que têm participado dos projetos Aids, tendo em vista não só a importância da epidemia em seus territórios, mas também o desenvolvimento da capacidade institucional e a experiência adquirida em projetos e ações de controle do HIV/Aids, constituindo-se em pólos importantes de difusão da Política Nacional de DST e Aids.
- Resoluções das Comissões Intergestores Bipartite, onde ocorreu a inclusão de municípios estratégicos para o controle de HIV/Aids e outras DST no âmbito de cada estado.

E também serão critérios de inclusão somáticos:

1. Técnico(s), ou grupo técnico, responsável(is) especificamente pelo planejamento e gerenciamento das ações estratégicas em HIV/Aids e outras DST, a ser(em) designado(s) por ato normativo do gestor de saúde local;
2. Compromisso explícito em realizar as atividades e em prover acesso e serviços de qualidade para os portadores de HIV/Aids e outras DST;
3. Pactuação expressa, com intermediação do Gestor Estadual, entre o município que recebe o Incentivo e os municípios que referenciam demanda, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a NOAS/02;
4. Compromisso em aplicar recursos próprios para as ações em HIV/Aids e outras DST, conforme os parâmetros estabelecidos no item 4.2 destas normas.
5. Compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde.
6. Pactuação expressa, aprovada pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quanto às responsabilidades de estados e municípios na aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento de Infecções Oportunistas associadas à Aids e das outras DST em até 60 dias da publicação da referida portaria, após este período deverá ser objeto de pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Os municípios também poderão requisitar o incentivo mediante apresentação de alguns requisitos:

- Comprovar a qualificação do município em uma das condições de gestão previstas na NOB/96 ou NOAS/02, bem como a sua situação no Plano Diretor de Regionalização do Estado.
- Apresentar o Plano de Ações e Metas aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com a situação do município prevista no PDR Estadual, contendo a programação físico-financeira dos recursos a serem aplicados no combate à epidemia.
- Comprovar a aquisição e a disponibilidade de medicamentos para processos oportunistas e outras DST, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com o item 1.4.6. destas normas.
- Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício das responsabilidades assumidas, inclusive no que se refere à vigilância epidemiológica.
- Dispor de técnico, ou grupo técnico, oficialmente designado para implementação das responsabilidades assumidas e do Plano de Ações e Metas apresentado.
- Submeter-se à avaliação da SES, no que diz respeito ao Plano de Ações e Metas apresentado, bem como a capacidade de oferecer serviços especializados em HIV/Aids e outras DST e vigilância epidemiológica.
- Formalizar junto a SES, após aprovação do CMS e com vistas à apreciação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o processo de recebimento do Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST, atestando os requisitos indicados.

2.2 NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

Segundo Brasil, (1999) para a instalação e funcionamento assistencial dos serviços de CTA's, estes devem:

- ✓ Estarem localizados em locais de fácil acesso geográfico a toda população, especificamente a população alvo.
- ✓ Podem ser inseridos em algum serviço básico de saúde já existente ou ter sua própria instalação física.
- ✓ Devem atender de forma gratuita conforme princípios do SUS.
- ✓ Os horários de atendimento devem garantir alternativas para acesso a toda população.
- ✓ Garantia da realização do teste rápido para HIV de forma anonimata e nominal.
- ✓ Confidencialidade nos resultados dos testes.
- ✓ Equipe de saúde capacitada.

- ✓ Aconselhamento pré e pós teste rápido.
- ✓ Realização de atividades educativas intra e extra muros.
- ✓ Dispor de uma rede de serviço de assistência referenciada.
- ✓ Em relação à equipe de saúde no CTA:
- ✓ Equipe multiprofissional, isto é, com diferentes perfis de formações.
- ✓ Aconselhadores.
- ✓ Coletores de sangue: profissionais treinados.
- ✓ Recursos humanos administrativos.
- ✓ Pessoal de serviços gerais de limpeza e higienização.
- ✓ Outros profissionais como serventes e vigilantes conforme necessidade da demanda.

3 METODOLOGIA

Para o alcance dos objetivos desta proposta foram consultados diferentes **referenciais teóricos** sobre o tema de HIV/Aids a fim de se conhecer mais acerca da história da doença no Brasil e no mundo. Foram coletados dados epidemiológicos sobre a aids através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Morbidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), com o intuito de conhecer o perfil de morbimortalidade da aids no estado do Paraná e no município de Campo Magro.

Os dados coletados foram utilizados especificamente no que se refere aos objetivos desta proposta e são de domínio público. Foram apresentados de forma coletiva e sem identificação nominal, fato este que dispensou a necessidade de submissão desta a um comitê de ética.

O conhecimento da estrutura da secretaria municipal de saúde foi realizado através de visitas a mesma e a seus serviços subordinados.

Sugere – se para a concretização desta proposta, a apresentação da mesma em reunião do **conselho municipal de saúde**, a fim de se obter aprovação e apoio a implantação de um CTA. A capacitação de profissionais de saúde com nível superior em testes rápidos realizados na 2ª RS de Curitiba, como também entrevistas com profissionais do município a fim de buscar perfis que se identificam com o trabalho junto ao programa de DST/Aids.

3.1 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Magro – Paraná.

3.2 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

O município de Campo Magro fica localizado no estado do Paraná, ao sul do país e é uma das cidades pertencentes à região metropolitana de Curitiba, ficando aproximadamente a 10 km da capital e fazendo divisa com os municípios de

Almirante Tamandaré, Campo Largo, Itaperuçu e a capital Curitiba. Foi criado através da Lei Estadual nº 11.221/1995, no qual se desmembrou do município de Almirante Tamandaré. Sua população atual é de 24.843 habitantes segundo o censo do IBGE (2010), com estimativa de 26.755 habitantes para o ano de 2013, sendo a 70ª cidade mais populosa dentre os 399 municípios paranaenses e possui um IDH de 0,74.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Magro (SMS- CM) é o órgão responsável pelo planejamento, execução e implementação da política municipal de saúde e está vinculada a administração pública direta do município.

No que tange ao modelo de gestão do SUS, embasado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), a qual promoveu e consolidou o pleno exercício ao poder municipal para função de gestor da atenção a saúde. Campo Magro, conforme Portaria n.º 2.461 de 07 de Abril de 1998, está habilitado para Gestão Plena da Atenção Básica e tem como responsabilidades de acordo com a NOB/96:

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico (PAB) e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à Secretária Estadual de Saúde (SES), dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.

- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Estão subordinados a SMS-CM 08 (oito) Unidades de Saúde (US), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Pronto Atendimento de Urgências e Emergências (UPA), além dos departamentos de Vigilância em Saúde abrangendo a Vigilância Epidemiológica (VE) e Vigilância Sanitária (VS).

Também pertence a gestão da SMS a responsabilidade pela implementação, supervisão, avaliação e controle das políticas públicas municipais em saúde, o desenvolvimento, o gerenciamento e a administração de novos programas de saúde municipal, a gestão intersetorial e formação de redes de serviços, além de toda área de recurso humanos da rede de saúde municipal. Cabe ainda acerca das responsabilidades gerais, segundo Resolução Ministerial nº 4, de 19 de julho de 2012, ANEXO I

- a. Garantir de forma solidária a integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e com a União;
- b. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- c. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- d. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde, observando os preceitos vigentes (EC 29/00 e LC 141/2012);
- e. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- f. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União;
- g. Com apoio dos Estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- i. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

- j. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- k. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- l. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais Municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- m. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
- n. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- o. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- p. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- q. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

3.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Desde a primeira notificação do vírus HIV no Brasil em 1982, sendo no estado do Paraná em 1984 conforme SINAN, o cenário das características epidemiológicas do vírus se modificou constantemente, principalmente no que diz respeito ao conhecimento mais aprofundado sobre o vírus, sua transmissibilidade e perfil de risco. (Brasil, 2008).

O vírus do HIV atinge as células do sistema imunológico humano, ele é um retrovírus classificado na subfamília dos Lentiviridae e sua sigla vem das iniciais da língua inglesa Human Immunodeficiency Virus. Seu material hereditário é o RNA tendo como uma de suas principais características a enzima transcriptase reversa. Esta enzima tem uma grande especialidade na qual consegue produzir moléculas de DNA a partir do RNA, que então produz uma nova molécula de DNA que penetrará na célula, introduzir-se-a no cromossomo e então se recombinará com o DNA celular

do hospedeiro, realizando novas moléculas de RNA que fará a replicação viral exata. (BRASIL, 2013b).

Devido a esta grande complexidade, estudiosos e pesquisadores ainda não conseguiram descobrir uma cura definitiva para a aids. Fato que fez com que esta doença torna-se uma pandemia e um grave problema de saúde pública. Segundo Brasil, 1999, pg. 14 "A aids é um dos problemas de saúde mais sérios que atingiu a raça humana no século 20".

No estado do Paraná foram registrados nos últimos 10 anos 18.356 mil casos de aids segundo dados dos sistemas de informações SIM, SISNAN e SISCEL. No ano de 2012 foram notificados 1.972 casos de aids no Paraná e segundo Brasil (2013a) em todo território brasileiro no mesmo ano foram notificados 39.185 casos. Ainda descreve que apenas no ano de 2012 foram realizadas 11.896 declarações de óbitos por aids no Brasil, ficando a taxa de coeficiente de mortalidade pela doença em 5,5 óbitos por 100.000 mil habitantes sendo de 7,7 para região sul do país.

3.3.1 TABELA 1: Frequência dos Casos de Aids Identificados entre os Períodos 01/01/2004 a 30/06/2013, Segundo Território.

TERRITÓRIO	Nº DE CASOS
Brasil	353.289
Paraná	18.356
Campo Magro	30

Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação em Saúde / DATA-SUS

Infelizmente, apesar da quantidade bruta de casos municipal ser aparentemente pequena, quando observamos epidemiologicamente percebe-se a gravidade da situação no município. Segundo Brasil (2012a), a prevalência de HIV/Aids na população em geral é de 0,4%, sendo de 0,12%¹ para Campo Magro.

Ainda assim não é possível afirmar que este quantitativo é fidedigno, uma vez que se percebem falhas na alimentação dos sistemas de informações, fundamentadas pelas diversas ausências de dados e discrepância de informações entre os diferentes sistemas. Este fato faz com que haja um comprometimento do exato perfil de morbidade do HIV no município, não permitindo desta forma afirmar a

¹ Utilizada População de 26.755 habitantes Conforme Estimativas do IBGE 2010 Para o Ano de 2013.

real situação existente, apenas é possível deduzir que sua prevalência poderá ser ainda maior.

Outra questão tem relação com a dificuldade de acesso aos serviços de diagnóstico precoce no município, uma vez que no mesmo não há um serviço de saúde específico para realização de testes rápidos de HIV e acompanhamento dos casos confirmados em seus municípios, o que compromete a morbidade do vírus na região. Esta dificuldade de acesso não é restrita a Campo Magro, o déficit de serviços de saúde especializados para a realização do diagnóstico precoce do HIV abrange horizontes além do Brasil. De acordo com Who/Unaid, 2004 citado por BRASIL (2008, pg. 19)

[...] as estimativas da OMS e da UNAIDS, em todo o mundo apenas 0,2% dos adultos dos países de baixa e média renda realizaram o teste e o aconselhamento para o diagnóstico da infecção pelo HIV e 90% das pessoas que querem ser testadas para o HIV não possuem acesso aos serviços de diagnóstico.

Um fator de grande relevância nas questões relacionadas ao HIV/Aids é o estigma preconceituoso que criou-se em seu surgimento e a exclusão social justificada até mesmo pela falta de informações adequadas sobre a doença. A realização de um efetivo acolhimento baseado nas políticas de saúde includentes reduz a ignorância em relação a doença por reduzir significativamente a distância entre o usuário e o serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Brasil, (2008) pg.42 ainda aponta que “é necessário aprimorar as ações dos CTA para garantir o acesso prioritário das populações mais vulneráveis e com maior prevalência do HIV”. O baixo grau de compatibilidade entre a clientela mais atendida e o perfil epidemiológico dos municípios pode ser reflexo da inexistência de práticas adequadas de acolhimento e atendimento de populações mais vulneráveis nos serviços ou ainda das características das populações, que, por causa dos processos de estigma e exclusão, tendem a não procurar serviços de saúde de forma preventiva. Ressalta que os CTA's em municípios pequenos e não incluídos na política de incentivo do Ministério da Saúde são os que apresentam, com mais intensidade, essa incompatibilidade. Portanto, merecem atenção especial, na medida em que possuem menor capacidade gerencial, técnica e financeira para buscarem as soluções necessárias.

4 PROPOSTA

Este trabalho visa a complementação **do processo de trabalho** na atenção básica com a finalidade de reorganizar as ações e serviços relativos ao programa de DST/AIDS municipal. Com **vistas a construção de um centro de** testagem e aconselhamento no município de Campo Magro, foi buscado embasamento científico e realizadas buscas de dados e informações relativas ao HIV e a aids no estado do Paraná e do município para conhecimento do perfil do vírus na população destes territórios.

4.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Com o intuito desta proposta ser bem aceita pretende-se primeiramente apresenta – lá ao gestor **da secretaria municipal de saúde e direção do setor de vigilância em saúde municipal**. Posteriormente será apresentada em reunião do conselho municipal de saúde, para conhecimento pelos conselheiros do perfil da aids no município, da importância de sua prevenção e apoio dos mesmos.

Inicialmente será identificado entre os próprios servidores da administração pública/secretaria municipal de saúde aqueles que mais se identificam com o trabalho realizado pelos centros de testagem e aconselhamentos. Posteriormente será organizada a equipe que irá atuar neste novo serviço de saúde sob coordenação e supervisão do departamento de vigilância em saúde, o qual também será o responsável pelo monitoramento das ações realizadas, provedor dos insumos necessários ao desempenho das atividades, treinamento e acompanhamento da equipe de saúde atuante e juntamente com o próprio CTA, realizará a programação de ações educativas e assistenciais a população, realizando as avaliações de impacto do novo serviço na redução da morbidade da doença/vírus no município e melhoria da qualidade de vida dos já infectados.

4.2 RECURSOS NECESSÁRIOS

4.2.1 Recursos Humanos: Para elaboração da equipe de saúde atuante será utilizado servidores do próprio quadro da secretaria municipal de saúde.

4.2.2 Recursos Financeiros: Adequação municipal conforme orientação do Decreto 2313/02, elaboração específica de proposta para recebimento de incentivo federal as ações de prevenção da aids advinda do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, utilização de verba do departamento de vigilância em saúde destinada as ações e serviços de promoção e prevenção à saúde.

4.2.3 Recursos Materiais: utilização de material e insumo adquiridos pela própria secretaria de saúde para programas de prevenção em saúde já existentes e aquisição de material e insumos fornecidos pelo departamento de vigilância em saúde estadual para os programas de DST/Aids no estado.

4.2.4 Instalações: Aquisição, locação ou adaptação de estrutura física para instalação do CTA; Implantação do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids (SI-CTA).

4.3 RESULTADOS ESPERADOS

Metas Almejadas:

- ✓ Notificação de 100% dos casos de HIV/Aids municipal.
- ✓ Acompanhamento de 100% dos casos de HIV/Aids municipal.
- ✓ Acompanhamento de 100% dos contatos de portadores do HIV.
- ✓ Acolhimento de 100% da demanda espontânea procurada no CTA.
- ✓ Redução na incidência de casos de Aids.
- ✓ Testagem para HIV em todas as munições gestantes, inclusive as não SUS dependentes.
- ✓ Acompanhamento sorológico de todos os casos confirmados para HIV.
- ✓ Acompanhamento de todas as crianças nascidas de mãe soropositivas.
- ✓ Aquisição e fornecimento de medicamentos antirretrovirais ao usuário que necessitar.
- ✓ Distribuição livre demanda de insumos de prevenção da contaminação viral.
- ✓ Garantia de testagem para HIV, acompanhamento e tratamento de todos os casos soropositivos asilados no município.
- ✓ Garantia de consulta medica rotineira a todos os portadores de HIV/Aids.
- ✓ Auxilio psicológico aos portadores de HIV/Aids que necessitarem.

- ✓ Orientação e esclarecimento acerca de direitos aos portadores de HIV/Aids.
- ✓ Encaminhamento ao centro de referência de ação social para auxílio em questões sociais e acompanhamento dos mesmos.
- ✓ Realização de visitas domiciliares rotineiras a todos os portadores de HIV em situação de internamento domiciliar.
- ✓ Realização de estudos científicos juntamente com o departamento de vigilância epidemiológica municipal e divulgação dos resultados a população em geral.
- ✓ Elaboração de atividades extramuros, campanhas de prevenção e de educação em saúde juntamente com as unidades básicas de saúde e da estratégia saúde da família.

4.4 RISCOS OU PROBLEMAS POSSÍVEIS E SUAS MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

RISCOS POSSÍVEIS	MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS
Não aceitação da proposta por parte do gestor da secretaria de saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação das argumentações relatadas. 2. Reavaliação da proposta a fim de adaptação à vontade política, desde que não desvie do objetivo proposto. 3. Adaptação da proposta a vontade política, sem danificar o conteúdo geral da mesma. 4. Busca por apoio das lideranças comunitárias. 5. Reafirmação da proposta perante o conselho de saúde.
Não encontrar profissionais capacitados no quadro de servidores próprios da	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitação de treinamento de testes rápidos para HIV junto a 2ª Regional de Saúde de Curitiba para toda equipe de

secretaria de saúde.

saúde que atuará no CTA.

2. Elaboração de capacitação interna para os servidores da secretaria de saúde.
3. Contratação de profissional liberal ou empresa privada de treinamentos da equipe de saúde.

Não dispor de estrutura física adequada para a implantação do CTA.

1. Adaptação provisória junto a uma unidade básica de saúde ou a um dos setores do departamento de vigilância em saúde.
2. Busca junto as demais secretarias pertencentes a administração pública uma instalação adequada e com condições de ser adaptada para um CTA.

Não adesão da população ao serviço de testes rápidos para HIV.

1. Realização de trabalho pré divulgativo efetivo e campanhas de orientação a população acerca do trabalho do CTA, reforçando o critério de anonimato da demanda que o procura.
2. Orientação e divulgação da confiabilidade e segurança dos testes rápidos para HIV.

Não redução ou não estagnação viral no município.

1. Reavaliação dos programas e ações educativas periodicamente, revendo metas e objetivos, reorganizando as atividades implementadas quando necessárias e levando em consideração a imigração e emigração da população.
-

Não adequação municipal conforme recomendação da Portaria Ministerial nº 2.313/02 para recebimento do incentivo financeiro federal referente ao programa de combate à epidemia da aids.

1. Readequação municipal conforme Portaria Ministerial nº 2.313/02.
2. Reorganização do planejamento financeiro para utilização dos recursos destinado ao departamento de vigilância em saúde com vistas a ações de promoção e prevenção da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da implantação de constantes políticas públicas de saúde para enfrentamento à epidemia da aids no país, o vírus do HIV ainda permanece infectando e adoecendo muitas pessoas. Vale ressaltar que nesses mais de 30 anos de história da aids, com o avanço das tecnologias, a sobrevida dos soropositivos vêm aumentando cada vez mais. Contudo, a forte prevalência viral e o aumento da morbidade da doença são indicativos significativos que ainda há muito trabalho a ser realizado.

Acredito que um dos caminhos para o controle desta epidemia no Brasil, é a ampliação do acesso a serviços de saúde que prestem atendimento preventivo a contaminação do HIV. Os serviços de CTA vêm com este objetivo primordial de atividades assistenciais de promoção contínua à saúde, além de proporcionar o diagnóstico precoce da condição viral, possibilitando a condição de reduzir a gravidade da doença e a disseminação do vírus.

Em Campo Magro o primeiro caso de aids notificado foi no ano de 2000 e, desde sua desmembração até os dias atuais, apenas 50% dos casos foram notificados através do SINAN, que é sem dúvida o sistema de informação mais utilizado pelos profissionais da atenção primária, através das fichas de notificações compulsórias. Fato que demonstra o sub-registro dos casos e aponta para a necessidade de aprimoramento dos serviços de atendimento básico no município.

Em relação ao número bruto de casos de HIV/Aids no município, a princípio, evidencia um numeral pequeno (conforme tabela 01), contudo, devido à dificuldade que a população campomagrense tem de realização de testes sorológicos para HIV, enfrentando enormes filas na Unidade de Saúde (US), para marcação de consultas médicas, para que este profissional possa solicitar tal exame, fica a indagação --- Existem tão poucos casos no município ou será a população que não está tendo a oportunidade de testagem para verificar sua condição sorológica?

Outra questão relevante, que altera o perfil dos soropositivos no município é o atual número de casos em relação ao número total de munícipes. Observando por este foco, a proporção de casos na população e sua prevalência já não são tão insignificantes o quanto parece e fica ainda mais retumbantes se delimitarmos a um

perfil específico. Este fato evidencia a necessidade de mais estudos em relação ao HIV/Aids no município e que possivelmente pode ser obtido através das atribuições do CTA.

Em relação às características gerenciais e estruturais, percebe-se que é possível a implantação deste serviço no município. Falta ainda reorganização administrativa para adequação conforme legislações vigentes com vistas à implantação de um CTA, porém, Campo Magro está inserido na modalidade de gestão plena da atenção básica, tendo desta forma condições gerenciais e administrativas para realização do mesmo. Em relação à estrutura física, conforme Brasil (1999), é possível a inserção deste serviço junto a uma US, na ausência de um local específico. Há ainda outras questões importantes a serem adaptadas, programadas e elaboradas, mas nada que impeça definitivamente, a possibilidade de realização desta proposta.

Percebe-se que os conhecimentos técnicos necessários para intervir no processo saúde-doença vão muito além daqueles que se limita a atuar no físico dos indivíduos e que a vontade política é sem dúvida um dos fatores mais importante no combate a epidemia da aids. Contudo, faz-se indispensável para que mudanças desejadas e necessárias em relação ao perfil de morbimortalidade da doença incluam procedimentos relativos à educação em saúde constante e a comunicação clara e efetiva, pois estes instrumentos abrangem não só o conhecimento mais também habilidades e comportamentos necessários para se obter uma mudança concreta de estilo de vida, buscando a maior qualidade da mesma.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Boletim Epidemiológico HIV - AIDS, Brasília, ano II, n. 01, 2013a.

_____, Constituição Da República Federativa do Brasil De 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acessado em 01 de setembro de 2013.

_____, Decreto Presidencial Nº 1234 de 30 de agosto de 1994. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acessado em 01 de setembro de 2013.

Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia – IBGE. Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em 13 de setembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Custos Diretos do Tratamento da Aids no Brasil: Resumo Executivo. São Paulo, janeiro de 1999a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual. Brasília, 1999b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica HIV/aids, Hepatites e Outras DST. Nº18. Brasília, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – PN-DST/AIDS. Centro de Testagem e Aconselhamento do Brasil, Desafios Para a Equidade e o Acesso. Brasília, Série Estudos, Pesquisas e Avaliação nº 11, 2008.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST/AIDS/HV. Diretrizes Para a Organização e Funcionamento Para dos CTA no Brasil. Brasília, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica Acolhimento à Demanda Espontânea. Vol.1. Brasília, 2011.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS/HV. Aids no Brasil. Brasília, Dezembro, 2012a.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS/HV. Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS- resultados, avanços e perspectivas. Brasília, 2012b.

_____,Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST/AIDS/HV. Manual Técnico Para o diagnóstico da Infecção Pelo HIV. Brasília, 2013b.

_____,Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1996. Disponível em <
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/altera_PortGMMS_1882_18_12_07_pela_PortGMMS_2023_23_09_04.pdf>. Acessado em 16 de setembro de 2013.

PARANÁ. Lei Nº 11.221 de 11 de dezembro de 1995. Disponível em <
<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=3831&indice=1&totalRegistros=1>>. Acessado em 03 de setembro de 2013.

_____,Portaria Ministerial Nº 236 de 02 de maio de 1985. Disponível em <
<http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/51440>>. Acessado em 22 de agosto de 2013.

_____,Portaria Ministerial Nº 2190 De 09 de Novembro de 2005. Disponível em <
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_002.pdf>. Acessado em 22 de agosto de 2013.

_____,Portaria Ministerial Nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Disponível em <
<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/7354-2313.html>. Acessado em 22 de agosto de 2013.

_____,Portaria Nº 2.461 de 07 de Abril de 1998. Disponível em <
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortDOU_2461_07Abril_1998.pdf>. Acessado em 02 de setembro de 2013.

_____,Resolução Nº 4 de 19 de Julho de 2012. Disponível em <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>. Acessado em 23 de outubro de 2013.

_____,Ministério da Saúde. Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em 18 de outubro de 2013.

_____,Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acessado em 18 de outubro de 2013.

ANEXO

ANEXO A: Tabela 02: RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS PARA O INCENTIVO FINANCEIRO FEDERAL E SEUS RESPECTIVOS VALORES DE REFERÊNCIA.

MUNICÍPIO	VALORES DE REFERÊNCIA (Recursos de Fonte Nacional)			VALORES ADICIO- NAIS OSC (Acordo de Empréstimo o BIRD 4713/BR)	TOTAL/ ANO
	INCENTIVO	OSC	SUB- TOTAL		
ALMIRANTE TAMANDARE	75.000,00				75.000,00
APUCARANA	75.000,00				75.000,00
ARAPONGAS	75.000,00				75.000,00
ARAUCARIA	75.000,00				75.000,00
CAMBE	75.000,00				75.000,00
CAMPO MOURAO	75.000,00				75.000,00
CASCADEL	181.877,28				181.877,28
COLOMBO	195.497,00				195.497,00
CORNELIO PROCOPIO	75.000,00				75.000,00
CURITIBA	794.450,35				794.450,35
FOZ DO IGUACU	227.371,34				227.371,34
FRANCISCO BELTRAO	75.000,00				75.000,00
GUARAPU- AVA	75.000,00				75.000,00
LONDRINA	313.728,40				313.728,40
MARINGA	267.676,67				267.676,67
PARANAGUA	242.958,67				242.958,67
PARANAVAI	75.000,00				75.000,00
PATO BRANCO	75.000,00				75.000,00
PINHAIS	154.577,00				154.577,00
PIRAQUARA	75.000,00				75.000,00
PONTA GROSSA	260.470,48				260.470,48
SAO JOSE DOS PINHAIS	185.102,00				185.102,00
SARANDI	75.000,00				75.000,00
TELEMACO BORBA	75.000,00				75.000,00
TOLEDO	75.000,00				75.000,00
UMUARAMA	75.000,00				75.000,00
TOTAL	4.023.709,19				4.023.709,19

MUNICÍPIOS				
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	1.433.210,29	563.980,40	1.997.190,69	1.997.190,69
TOTAL UF	5.456.919,48	563.980,40	674.000,00	6.694.899,88

Fonte: Anexo I da Portaria nº 2.190/GM de 9 de novembro de 2005.

APÊNDICE

APENDICE A: Tabela 03: CASOS DE AIDS IDENTIFICADOS NO PARANÁ SEGUNDO MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2000 – 2011.

Adrianópolis	1
Agudos do Sul	6
*Almirante Tamandaré	258
*Araucária	280
Balsa Nova	6
Bocaiúva do Sul	7
Campina Grande do Sul	106
Campo do Tenente	11
Campo Largo	193
Campo Magro	34
Cerro Azul	6
*Colombo	654
Contenda	14
*Curitiba	6761
Doutor Ulysses	1
Fazenda Rio Grande	183
Itaperuçu	18
Lapa	48
Mandirituba	32
Piên	10
*Pinhais	678
*Piraquara	273
Quatro Barras	40
Quitandinha	11
Rio Branco do Sul	38
Rio Negro	41
*São José dos Pinhais	603
Tijucas do Sulⁱ	8
Tunas do Paraná	5

TOTAL	10311
--------------	-------

Fonte: Ministério da Saúde / SVS – Sistema de Informação em Saúde / DATA-SUS

*Municípios Pertencentes à 2ª Regional de Saúde de Curitiba que Recebem Incentivo Federal Referente ao Programa de Combate à Epidemia da Aids, Conforme Portaria Ministerial nº 2.313/02.